N° 70.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR PRATIQUER LA LIGATURE

DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JEAN LABARTHE, de Tonneins,

Département de Lot-et-Garonne;

Bachelier ès-lettres; Élève des hôpitaux militaires de Strasbourg et de Paris; sous-Aide-Major de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, *Examinateur.* / ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* / FOUQUIER, *Suppléant.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Coiffereau, *Suppléant.*	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Piété filiale et reconnaissance éternelle.

J. LABARTHE.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

NOUVEAU

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

POUR PRATIQUER LA LIGATURE

DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE.

Au milieu des progrès remarquables qui ont enrichi toutes les branches de la chirurgie, depuis les dernières années du siècle précédent, il n'en est pas de plus frappant ni de mieux méritant de l'humanité, que la perfection ou l'on a porté l'histoire des lésions du système sanguin et leur procédé curatif. Connaissance exacte de la position des artères, de leurs rapports et de leurs anomalies, démonstration complète de ces beaux embranchemens anastomotiques qui unissent tous les rameaux vasculaires, et qui permettent d'interrompre le cours du sang dans les troncs principaux sans que la circulation soit suspendue; confiance fondée sur les succès les plus nombreux et les plus brillans, voilà ce qui distingue la chirurgie actuelle, et il suffit d'examiner un instant la marche rapide de la science pour oser nous livrer encore à de plus grandes espérances. Avant *Guillemineau*, *Anel* et *Desault*, on ôsait à peine attaquer un anévrysme par des moyens directs; la méthode de *Valsalva* était employée sans être comprise; on avait recours à des essais insuffisans de compression, et si la nécesssité

d'une opération se faisait sentir au milieu de ces tâtonnemens, on suivait une méthode longue et difficile, seule et dernière ressource des malades pour échapper à l'amputation. Mais il fut bientôt démontré, par la pratique des grands chirurgiens que je viens de nommer, que l'on pouvait arrêter le développement des tumeurs anévrysmales et en amener la guérison radicale en appliquant une ligature entre la tumeur et le cœur; on avait ainsi l'avantage de ménager des parties altérées, douloureuses, et de faire porter la constriction sur une portion du vaisseau restée saine, chance heureuse pour se préserver des hémorrhagies consécutives. Plus tard on osa même placer la ligature entre la tumeur et les capillaires; la guérison confirma cette hardie tentative. Déjà les ligatures d'attentes, reconnues inutiles et dangereuses, avaient été supprimées, et de nombreux essais furent entrepris sur la nature, le volume et la forme du lien que l'on devait préférer; *Scarpa*, voulant diminuer encore les dangers de l'hémorrhagie, proposa de mettre seulement en contact pendant vingt-quatre heures les parois internes des artères, dont on obtenait ainsi la réunion adhésive en ménageant leur intégrité. *Jones* et *Travers*, dans l'espoir de faciliter la réunion immédiate des plaies, ont conseillé de ne laisser la ligature en place que pendant une heure, ou même de se contenter de la serrer assez pour rompre les tuniques internes. *Maunoir*, de Genève, croyait déterminer également l'oblitération du vaisseau en se bornant à le comprimer entre les mords d'une pince à ligature. M. *Jamesson*, de Baltimore, annonça que se serait apporter un perfectionnement en chirurgie dans les cas d'anévrysme, que de passer un séton de peau de daim à travers l'artère au lieu d'en faire la ligature. Enfin M. *Velpeau* a lu à l'Académie des Sciences un Mémoire sur la pique ou l'acupuncture des artères dans le traitement des anévrysmes; mais tous ces moyens ne comptent encore en leur faveur que des succès obtenus sur des animaux; et je crains qu'ils ne puissent être appliqués avec des résultats aussi avantageux sur l'homme, dont le sang, beaucoup moins plastique, circule dans des canaux d'un plus large diamètre.

Pendant tous ces travaux les procédés opératoires se sont multi-

pliés; on a décrit les moyens les plus sûrs et les plus prompts de mettre les vaisseaux à nu et de les isoler, et pour les entourer d'un fil sans leur faire éprouver de tiraillemens et des dénudations dangereuses, on a inventé une foule d'aiguilles plus ou moins ingénieuses, qui ne doivent pas être dédaignées par les chirurgiens les plus exercés. Aucune lésion ne parut au-dessus des ressources de l'art : *Abernethy* lia l'artère iliaque externe; le docteur *Stevens* fit la même opération sur l'iliaque interne; *Valentine Mott*, de New-York, la répéta sur l'iliaque primitive; *Cooper*, sur la carotide primitive, et cet habile et hardi chirurgien osa même concevoir la possibilité de lier l'aorte, et exécuta cette opération.

Je n'ai présenté ces considérations générales que pour rappeler les immenses progrès dont l'art est redevable aux chirurgiens français et anglais, et laisser entrevoir que, malgré tant de beaux résultats, la carrière n'est pas encore fermée aux perfectionnemens. Aussi, Messieurs, j'ai espéré attirer sur ce travail votre bienveillance, en le consacrant à l'exposition d'un nouveau procédé pour la ligature de l'artère carotide primitive, que mon ami, M. *Sédillot*, chef des travaux anatomiques du Val-de-Grâce, décrit depuis plusieurs années dans ses démonstrations d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.

Depuis la première ligature de l'artère carotide primitive, pratiquée en 1805 par *Cooper*, pour une tumeur anévrysmale développée depuis cinq mois, et déjà assez volumineuse pour occuper toute la moitié supérieure du cou, cette opération a été répétée un très-grand nombre de fois, et il est aujourd'hui peu de chirurgiens d'hôpitaux qui n'aient eu l'occasion de l'exécuter.

Le grand nombre de branches que les carotides fournissent en se divisant, leur position superficielle, la fréquence des plaies du cou, surtout à la suite des tentatives de suicide, expliquent la nécessité de cette ligature, qui peut seule être opposée aux hémorrhagies; dans d'autres cas, elle est commandée pour arrêter le développement de tumeurs anévrysmales qui menacent de se rompre ou qui mettent

le malade dans la situation la plus grave en comprimant la trachée et l'œsophage; d'autres fois, on lie la carotide pour remédier à des anévrysmes par anastomoses, de l'orbite (*Travers*), du sommet de la tête (*Moussey*), à la région temporale droite (*Wardrop*), de l'artère temporale gauche (*Deguise* fils), etc., etc.; enfin on a employé cette opération comme moyen préparatoire pour faciliter l'extirpation de tumeurs cervicales ou parotidiennes.

Dans la grande majorité de ces observations, la ligature fut placée entre le cœur et la lésion du vaisseau; cependant *Lambert* et *Busch*, dans des cas où l'anévrysme occupait l'origine même de l'artère, eurent recours avec succès à la méthode de *Brasdor*, et placèrent la ligature entre la tumeur et les capillaires. Il résulte de tous ces faits, que l'on est souvent obligé de découvrir l'artère vers la partie inférieure du cou, et que l'on opère ordinairement sur des parties saines dont les rapports normaux n'ont pas été changés.

Il était nécessaire d'établir ces propositions, pour montrer que le procédé de M. *Sédillot* est préférable, dans tous les cas où l'opération doit être faite à peu de distance de la clavicule, à celui que l'on a employé jusqu'à ce jour; mais avant de l'exposer je dois rappeler les rapports anotomiques qui en établissent la supériorité.

DESCRIPTION ANATOMIQUE.

La partie antérieure du cou est naturellement divisée en deux régions bien tranchées, les *sus* et *sous-hyoïdiennes :* c'est dans la seconde de ces régions que se rencontrent les artères carotides primitives. Mais pour les suivre jusqu'à leur point de départ, soit de la crosse aortique à gauche, soit du tronc brachio-céphalique à droite, il faut encore étudier la partie supérieure de la région thoracique antérieure ou sternale.

La région sous-hyoïdienne offre de cinq à six pouces de hauteur, présente des saillies extrêmement importantes pour le chirurgien qui se guide sur elles et juge d'après leur position de celle des organes voisins.

C'est ainsi qu'à travers les tégumens l'on sent aisément la saillie du bord antérieur et supérieur du cartilage thyroïde et celle du cricoïde; la vue indique seule la direction des muscles sterno-mastoïdiens, la fossette sus-sternale, et ordinairement, pour peu que les sujets ne soient pas chargés d'embonpoint, les deux attaches inférieures du muscle sterno-mastoïdien, qui sont distantes de près d'un pouce, quoique l'on trouve des proportions extrêmement variables soit en plus, soit en moins. Quelquefois la peau est fortement plissée par les contractions du peaucier, sous lequel on distingue la saillie formée, soit par la jugulaire externe, soit par la jugulaire antérieure, dans les cas assez fréquens où cette dernière a le volume de la jugulaire externe, qu'elle remplace; alors elle naît d'une des divisions du tronc veineux de la faciale, qui ne communique pas seulement avec la jugulaire externe,

mais envoie un gros rameau tranversal qui, changeant de direction vers l'os hyoïde et devenant vertical, forme la jugulaire antérieure; celle-ci se porte en bas vers le sternum, se rapproche un peu de la ligne médiane, et communique, avec celle du côté opposé, dans la fossette sus-sternale; se portant ensuite en dehors, elle va, parallèlement à la clavicule et derrière l'attache interne du sterno-mastoïdien, se jeter dans la veine jugulaire interne. Il résulte de cette disposition, que le bord interne du sterno-mastoïdien est côtoyé par un gros tronc veineux, qui marche parallèlement à lui.

Derrière la peau, l'on rencontre une couche assez fine de tissu cellulaire plus ou moins garni de graisse, puis le peaucier, dont les fibres se croisent sur la ligne moyenne au niveau du bord du maxillaire inférieur, et s'écartent ensuite d'autant plus qu'on les examine plus inférieurement.

Le *fascia cervicalis* est plus profond; il forme des gaînes à tous les muscles de cette région, se fixe en haut à l'os hyoïde, en bas au bord supérieur du sternum, à sa face postérieure, et se perd dans le médiastin antérieur. Derrière cette aponévrose marchent des veinules très-variées dans leur disposition, leur nombre et leur volume, et communiquant avec d'autres veinules à travers l'aponévrose. La jugulaire antérieure reçoit la plupart de ces petites branches. Sur la face externe du sterno-mastoïdien, et plus près de son bord externe, passent des filets nerveux sternaux et claviculaires, qui sont assez nombreux, mais très-fins. Le sterno-mastoïdien est le muscle le plus important de la région qui nous occupe; il offre quelquefois un troisième faisceau ou faisceau accessoire, qui est toujours placé en dehors, et ordinairement un peu en avant du faisceau externe, qu'il recouvre sans s'unir à lui; son extrémité supérieure ne s'insère pas à l'apophyse mastoïde, mais à la ligne courbe occipitale supérieure par une aponévrose mince et très-résistante, que M. *Sédillot* a vue se continuer en dedans avec un petit muscle transversal qui allait se fixer à la crête occipitale, et que l'on pouvait regarder comme son muscle tenseur. Son bord externe monte verticalement sur une ligne droite, depuis la clavicule

jusque vers la partie moyenne du thyroïde, et est par conséquent également distant de la ligne médiane dans toute cette étendue. Il n'en est pas de même du bord interne, qui est oblique de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière ; de sorte que ce muscle, qui a trois pouces de largeur au niveau de ses attaches inférieures, n'a plus que la moitié de ce diamètre au niveau du bord supérieur du thyroïde. Il résulte de cette disposition des deux faisceaux du sterno-mastoïdien, qu'ils limitent entr'eux un intervalle triangulaire à base inférieure, qui a terme moyen de six à sept lignes de largeur, et dont le sommet, dirigé en haut et en dehors, forme un angle très-aigu et distant de la base de deux pouces. Lorsque cet intervalle est moins marqué et que les fibres musculaires se touchent, leur adhérence n'est que celluleuse, et il est très-facile de les détacher en les ramenant à la direction de leur tendon. Les rapports les plus saillans de la face postérieure du sterno-mastoïdien sont, dans la partie inférieure de son faisceau externe, une très-petite portion du sterno-hyoïdien et la veine jugulaire interne. Le faisceau mastoïdien interne répond aux muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, à la veine jugulaire interne et à l'omoplat hyoïdien.

On trouve sur la ligne médiane une masse pyramidale, triangulaire, mobile, à base reposant sur la colonne vertébrale, dont le squelette cartilagineux est formé par le larynx et la trachée-artère, dont les parties molles sont le corps thyroïde, les muscles thyro-hyoïdiens et crico-thyroïdiens, puis les sterno-hyoïdien et thyroïdien : ces derniers représentent dans leur longueur deux pyramides adossées de sorte que le sommet de la première, formée par le sterno-hyoïdien, est à l'os hyoïde et sa base au sternum ; tandis que celui du sterno-thyroïdien répond au sternum, sa base correspondant au thyroïde. L'omoplat hyoïdien, dans son trajet oblique, est placé à deux pouces au-dessus de la clavicule et deux pouces et demi environ au-dessous du bord supérieur du thyroïde ; sa plus grande largeur est au niveau de ce cartilage, tandis qu'elle ne dépasse guère six lignes au point où il passe sur la veine jugulaire interne.

Nous arrivons à étudier la disposition des artères carotides primitives. Sur un sujet dont le cou renversé et étendu offrait six pouces et demi de hauteur depuis le menton jusqu'au bord sternal supérieur, la carotide gauche était de cinq pouces et demi depuis son origine jusqu'à sa bifurcation. La longueur de la carotide droite était de quatre pouces; la carotide gauche naissant plus bas que la droite, et se plaçant supérieurement à une égale distance du corps thyroïde que celle du côté opposé, il en résulte une moindre obliquité dans son trajet; ainsi, à son origine, elle touche et recouvre, dans l'étendue de deux lignes, le bord correspondant de la trachée, et s'en trouve éloignée de quatre lignes au point d'origine de la carotide droite. Au niveau du bord supérieur du thyroïde, elle est distante de la ligne médiane d'un pouce et demi; par suite de cette disposition et de ce peu d'obliquité, le sterno-mastoïdien croise son trajet inférieurement et la dépasse de deux à trois lignes, dix-huit lignes au-dessus de la clavicule. Elle est recouverte en avant par les muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien jusque vers la partie moyenne du corps thyroïde, endroit d'où elle se dégage de derrière ces muscles et n'est plus recouverte que par quelques fibres de l'omo-hyoïdien, le peaucier et les tégumens. C'est vers ce point, c'est à dire un pouce environ au-dessous de la division du tronc en carotide externe et interne, que la branche cervicale de l'hypoglosse vient se placer en dedans de l'artère carotide primitive et croiser un peu sa direction en se portant obliquement de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans, et l'anse qu'elle forme se rencontre ordinairement sur la veine jugulaire interne et le bord externe du sterno-hyoïdien. Par son côté externe, l'artère carotide primitive répond au pneumo-gastrique immédiatement en haut, médiatement et à deux lignes d'intervalle en bas; puis, dans toute sa longueur, au bord interne de la jugulaire, qui la recouvre un peu dans l'état de distension. En dedans, l'on rencontre le corps thyroïde, et médiatement la trachée ainsi que le nerf laryngé récurrent, qui est parallèle à la carotide à gauche et sur le même plan, tandis qu'à droite il est placé sur un plan, d'autant plus pos-

térieur à la carotide qu'on l'examine plus près de son origine, où il est séparé de toute l'épaisseur de la trachée. On trouve encore, mais seulement à gauche, le rapport de l'œsophage. Enfin, postérieurement, les carotides primitives reposent sur la colonne vertébrale, dont elles sont séparées par les filets de communication des ganglions cervicaux, du grand sympathique et le muscle long du cou; les seules différences qu'offre la carotide droite sont donc sa longueur moindre d'un pouce et demi, son origine appuyée l'espace de trois lignes sur le côté correspondant de la trachée. sa direction très-oblique, presque parallèle au bord interne du sterno-mastoïdien.

Après avoir vu les rapports des carotides dans la région cervicale, un mot nous reste à dire sur ceux de l'origine de la carotide gauche, et sur ceux du tronc brachio-céphalique avec les veines sous-clavières; celles-ci sont les branches de la veine-cave supérieure, qui les fournit au côté droit et au niveau de la crosse de l'aorte; celle du côté gauche marche obliquement de bas en haut, croise l'origine du tronc brachio-céphalique, la carotide gauche à un pouce de sa naissance et se place ensuite à son côté externe et antérieur pour se réunir à la jugulaire interne, deux pouces au-dessus du niveau de la crosse de l'aorte; la veine sous-clavière droite monte sur le côté droit du tronc brachio-céphalique, marche ensuite au côté externe de la carotide droite et va se réunir à la jugulaire interne du même côté. Telles sont les indications générales qui ont été données par M. *Sédillot*, sur l'anatomie de la région cervicale et particulièrement des rapports carotidiens; je ne les ai rappelés ici qu'après en avoir plusieurs fois constaté l'exactitude.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

Examinons maintenant le procédé opératoire que l'on met ordinairement en usage pour la ligature de l'artère carotide primitive, et voyons s'il est réellement le plus facile et le mieux fondé sur les connaissances anatomiques.

On recommande d'inciser les tégumens sur le bord interne du sterno-mastoïdien, depuis le cartilage thyroïde jusqu'à un pouce de la clavicule, et jusqu'à cet os lui-même si la tumeur ou la blessure sont situées un peu bas : on rencontre alors la veine jugulaire antérieure que l'on est obligé de couper, pour peu que l'incision soit prolongée inférieurement ; on détache le sterno-mastoïdien des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, qui présentent par leur face antérieure un plan incliné d'avant en arrière et de dedans en dehors ; on porte le sterno-mastoïdien en dehors au moyen d'une spatule, et l'on obtient un angle ouvert en avant, très-aigu en arrière, point où se touchent le bord externe du sterno-thyroïdien, et les fibres du faisceau externe du mastoïdien. Si l'aide renverse ce dernier muscle plus fortement en dehors, on aperçoit au fond de la plaie la moitié externe de la veine jugulaire; il faut alors la porter un peu en dehors, en même temps que l'on écarte du côté opposé la masse mobile représentée par le larynx et les parties molles qui l'entourent ; on soulève le côté externe des muscles sterno-hyoïdien et thyroïdien, on élève ou on abaisse l'omo-hyoïdien, et l'on parvient ainsi sur le bord externe de l'artère carotide primitive, dont on ouvre la gaîne, et dont on fait la ligature en ayant soin de ne pas y comprendre le nerf. J'avoue que je ne comprends pas comment on a pu apercevoir le nerf récurrent dans quelques-unes des opérations dont la relation a été imprimée ; cela me semble tout à fait impossible, à moins que l'on n'ait exercé des tiraillemens énormes.

Dès que la ligature est posée, on abandonne les parties à elles-mêmes, elles reprennent leur situation normale, et alors la plaie doit nécessairement représenter un triangle ouvert en dedans, et dont le sommet est dirigé en dehors. En effet, un de ces bords sera formé par le rapport de la face postérieure du sterno-mastoïdien avec la face antérieure des sterno-thyroïdien et hyoïdien, ce bord sera oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors; le second correspondra à une ligne droite parallèle à la face antérieure de la région cervicale du rachis; le troisième doit être formé par supposition pour terminer le triangle, puisqu'il n'a pas d'existence réelle; il est représenté par une ligne portée d'avant en arrière à travers les muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien, le corps thyroïde et qui viendrait tomber sur le côté interne de la carotide.

D'après ces dispositions, il est évident que le pus qui se formera sera obligé de marcher dans deux directions pour sortir de la plaie, et les obstacles que rencontrera ce liquide, et l'action de son propre poids, le forceront à fuser le long du bord externe du sterno-hyoïdien et thyroïdien, et il formera ces sinus et ces clapiers qui ont été notés par plusieurs auteurs. On pourrait éviter ces accidens en coupant obliquement les deux muscles sterno-thyroïdien et hyoïdien, ou le faisceau interne du sterno-mastoïdien; mais ces moyens doivent être réprouvée par l'art, dès qu'il y a possibilité de n'y pas recourir.

Nous allons prouver, en effet, que le procédé de M. *Sédillot* n'offre aucun de ces inconvéniens, et qu'au mérite de la facilité et de la promptitude il joint celui de diminuer les dangers de cette opération.

Quelle que soit la cause pour laquelle on opère, le malade peut être assis ou étendu sur son lit, la tête doit être tournée en dehors du côté opposé à l'opération, l'attache supérieure du sterno-mastoïdien se trouve ainsi rapprochée de la ligne médiane, et il devient plus facile de porter en dedans le faisceau interne de ce muscle. Il est tout à fait inutile de faire renverser la tête en arrière, cette posi-

tion, fatigante pour le malade, augmenterait encore les difficultés de l'opération en tendant les fibres du sterno-mastoïdien. On aperçoit alors les saillies que forment sous la peau les deux attaches sternale et claviculaire du muscle. Le chirurgien, placé du côté sur lequel on opère, tend les tégumens avec la main gauche pour faciliter l'action du bistouri, qu'il conduit depuis le bord latéral du cartilage thyroïde (à un point quelconque de sa hauteur, selon la longueur du cou), jusque sur la clavicule, qu'il doit rencontrer à huit lignes environ en dehors de son extrémité sternale. La plaie que l'on fait ainsi a une étendue de deux à trois pouces.

La peau étant incisée, ainsi que la couche cellulo-graisseuse qui y adhère, on aperçoit le peaucier, que l'on coupe à son tour selon la direction des fibres du sterno-mastoïdien; quelques filets nerveux claviculaires très-fins sont intéressés, et l'on divise en même temps la lame superficielle du fascia cervical, au milieu de laquelle il rampe. Les fibres du sterno-mastoïdien se trouvent mises à nu, et sont croisées un peu obliquement par la direction de l'incision de la peau. Le faisceau interne recouvre seulement jusqu'auprès de la clavicule le bord interne du faisceau externe, et dans ce cas l'intervalle libre qui existe en bas ne se rencontre plus. Pour séparer facilement les deux faisceaux et ramener leurs fibres dans la direction immédiate de leurs attaches inférieures, il faut porter le doigt ou une sonde sur le bord supérieur de la clavicule, et en dirigeant en dedans les fibres musculaires, on aperçoit aussitôt l'intervalle cellulaire, qui ne manque jamais, dans l'espace au moins de quelques lignes. Dès qu'on y est arrivé, le pouce et l'indicateur de la main gauche repoussent en sens contraire les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, et écartent le tissu cellulaire qui les unit lâchement, pendant que le bistouri, tenu de la main droite, le divise. On ne rencontre dans cet intervalle qu'une ou deux petites veinules, qui sont étendues entre les deux faisceaux, et qui peuvent à peine fournir quelques gouttes de sang.

Cette division étant achevée dans toute la hauteur de la plaie extérieure, on découvre la lame profonde du fascia cervical, sur laquelle

on voit quelquefois une petite artériole très-fine, dirigée verticalement, et que l'on ne peut léser, puisqu'elle s'appuie sur la veine jugulaire interne, et qu'elle doit être laissée en dehors. Derrière le fascia se dessine la veine jugulaire interne et la branche descendante de l'hypoglosse, qui, placée en dedans de la veine, semble la séparer du bord externe du muscle sterno-hyoïdien. Ces diverses parties sont croisées obliquement à la partie supérieure de la plaie par le muscle omoplat hyoïdien, qui se présente tantôt sous la forme d'un tendon étroit, arrondi ou aplati, tantôt sous celle d'un ruban musculaire plus ou moins large. On saisit alors l'aponévrose avec des pinces, au niveau du bord interne de la la veine jugulaire, et on l'incise en dédolant. On recommence cette opération jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur la veine qui reçoit, un pouce au-dessous de l'omoplat hyoïdien, une grosse branche thyroïdienne qui croise presque transversalement le trajet de l'artère. Il est facile de la ménager, parce qu'il existe assez d'espace au-dessus d'elle pour achever facilement la ligature de la carotide, et que, dans le cas où l'on voudrait lier cette artère beaucoup plus bas à gauche, ou le tronc brachio-céphalique à droite, on arriverait sur ces troncs artériels sans être non plus gêné par cette veine thyroïdienne. Du reste, il serait facile d'y poser une ligature et d'en faire la section. Lorsque la jugulaire interne est ainsi mise à découvert, un aide, avec les doigts ou avec une spatule, à bords très-mousses, déprime la veine, la maintient en dehors, ou même la porte un peu dans ce sens, pendant que l'opérateur incise le tissu cellulaire qui l'unit au sterno-hyoïdien, en ayant soin de ménager la gaîne celluleuse qui enveloppe ce muscle avec la branche de l'hypoglosse, que l'on ne doit pas apercevoir. En portant ce muscle un peu vers la ligne médiane, on découvre aussitôt l'artère carotide, que l'on sépare d'abord en dedans, et au moyen de la pointe du bistouri, du tissu cellulaire qui lui forme une gaîne propre : on l'en isole également en dehors, en le soulevant avec des pinces pour l'inciser. Le nerf pneumo-gastrique reste inaperçu au fond de la plaie, et l'aiguille à ligature, ou la sonde canelée, est conduite sous l'artère

de dehors en dedans, afin d'éviter que sa pointe ne bute contre le nerf. Aussitôt la ligature terminée, on réunit les bords de la plaie, qui représentent un cône dont le sommet est à l'artère et la base en dehors ; conditions les plus heureuses pour l'écoulement du pus, que l'on favoriserait, si la réunion n'avait pas lieu, par une bandelette introduite entre les faisceaux du muscle sterno-mastoïdien.

Si on voulait arriver à l'artère sous-clavière droite en dedans du scalène, ou sur le tronc brachio-céphalique, la même opération devrait encore être préférée. Dans le premier cas, on aurait à ménager le pneumo-gastrique, qui croise directement le trajet de cette artère ; dans le second, une aiguille particulière devrait être employée pour être passée sur le tronc brachio-céphalique, que l'on découvre parfaitement sans être obligé de renverser la tête en arrière. Dans ces deux opérations, le plus délicat est d'éviter de léser un gros tronc veineux qui marche parallèlement à la clavicule, derrière laquelle il est placé dans sa partie interne, et qui est formé par la réunion de la jugulaire antérieure et de quelques veines médiastines et thyroïdiennes. La même opération est encore applicable aux artères carotide et sous-clavière du côté gauche.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

III.

Lassitudines spontè obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

IV.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima *Sect.* 1, *aph.* 6.

V.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod suprà naturæ modum fuerit. *Sect.* 2, *aph.* 4.

VI.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.